Canadian Centre for Occupational Health and Safety

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

LE TABAGISME PASSIF

Effets sur la santé et solutions en milieu de travail

P89 - 2F

90-01947/

LE TABAGISME PASSIF - EFFETS SUR LA SANTÉ ET SOLUTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Cette publication a été rédigée comme source d'information pour les comités d'hygiène et de sécurité.

Chaque document produit par le CCHST est soumis à une série de révisions. Dans le cadre de ce processus de révision, on demande à des représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs d'examiner les versions préliminaires des documents du CCHST et de juger de leur exactitude sur le plan technique et de leur lisibilité pour l'usager.

Le CCHST s'efforce de s'assurer que l'information qu'il distribue est exacte et exhaustive. Cependant, il est entendu qu'il ne se porte pas garant que ladite information est exacte et exhaustive et il ne sera tenu responsable d'aucun dommage ni d'aucune perte subis par suite de l'utilisation d'une information inexacte ou incomplète.

Pour disséminer le plus largement possible l'information en matière d'hygiène et de sécurité au travail, le CCHST invite les usagers à copier et distribuer ses publications. Le CCHST demande aux usagers de l'informer du nombre d'exemplaires distribués de cette manière; s'adresser au Service des demandes de renseignements. Il se peut que les usagers désirent communiquer avec le CCHST pour demander le texte sous forme électronique ou du papier pour la reproduction.

Si on ne reproduit que des extraits, le CCHST demande, et apprécie, que la source soit indiquée.

NUMÉRO DU CCHST P89-2F
ISBN 0-660-92649-0
NUMÉRO DE CATALOGUE MAS CC273-2/89-2F

This publication is available in English under the title: Passive Smoking - Health Effects and Workplace Resolutions.

Date de publication : 1989

---

250 rue Main est
Hamilton Ontario
L8N 1H6
416-572-2981
Téléfax 416-572-2206
Télex 061-8532

CCOHS-CCHST

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	1
2.	FUMÉE DE TABAC : COMPOSITION ET EXPOSITION	1
	Fumée primaire et fumée secondaire	1
	Exposition passive à la fumée de tabac	2
3.	SIGNES, SYMPTÔMES ET CONSÉQUENCES POSSIBLES DE L'EXPOSITION	3
	Irritations	3
	Effets sur des personnes déjà malades	3
	Maladies cardiaques	4
	Effets chroniques sur la respiration	4
	Cancer des poumons	4
	Cancers autres que pulmonaires	5
4.	SOLUTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL	6
	Normes et conditions de ventilation pour la fumée de tabac	6
	Politiques et programmes	7
	Application des politiques et des programmes	9
	RÉFÉRENCES	10

CCOHS-CCHST

1. INTRODUCTION

Le tabagisme passif est l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac. On le désigne également sous le terme d'inhalation involontaire de fumée. La fumée de tabac inhalée par les fumeurs passifs est généralement appelée fumée de tabac présente dans le milieu. Ce n'est que depuis peu que l'on s'inquiète de ses effets sur la santé et que l'on compare les répercussions chez les non-fumeurs. Les données disponibles sur le sujet sont résumées dans le présent document sous les quatre rubriques suivantes :

- fumée de tabac : composition et exposition
- signes, symptômes et conséquences possibles de l'exposition
- normes et conditions de ventilation pour la fumée de tabac
- politiques et programmes en milieu de travail

2. FUMÉE DE TABAC : COMPOSITION ET EXPOSITION

La fumée de tabac est constituée de matières particulaires et de gaz. On estime qu'elle contient près de 3 800 produits chimiques différents[1] dont au moins 50 sont des cancérogènes reconnus des animaux, des humains ou des deux groupes.

Les matières particulaires composent près de 10 pour cent de la fumée de tabac et comprennent du goudron et de la nicotine.

Les gaz ou les vapeurs composent près de 90 pour cent de la fumée de tabac. Le principal élément gazeux est l'oxyde de carbone. D'autres substances s'y trouvent, notamment le formaldéhyde, l'acroléine, l'ammoniac, les oxydes nitriques, la pyridine, l'acide cyanhydrique, le chlorure de vinyle, la N-nitrosodiméthylamine et l'acrylonitrile.[1,2,3]

Fumée primaire et fumée secondaire

La fumée de tabac présente dans le milieu est composée de fumée primaire exhalée et de fumée secondaire. La fumée primaire est celle que le fumeur aspire d'une cigarette, d'un cigare ou d'une pipe dans ses poumons avant de l'expirer. La fumée secondaire provient de la fumée non filtrée qui se dégage du bout embrasé d'une cigarette, d'un cigare ou d'une pipe et qui se répand directement dans l'environnement. La fumée secondaire contient des

concentrations plus élevées de plusieurs substances chimiques que la fumée inhalée par le fumeur (par exemple des cancérogènes comme la naphthylamine-2, la N-nitrosodiméthylamine, l'amino-4 biphényle et le monoxyde de carbone).[1,2,3]

Les fumeurs actifs autant que les fumeurs passifs peuvent être exposés de la même façon à la fumée primaire exhalée et à la fumée secondaire. On estime qu'environ 85 pour cent de la fumée dans une pièce est en fait de la fumée secondaire.[4]

Exposition passive à la fumée de tabac

On a estimé que les non-fumeurs dans une pièce pleine de fumée inhalent autant de N-nitrosodiméthylamine en une heure qu'un fumeur consommant 15 cigarettes sans filtre ou 35 cigarettes à bout filtre.[5] Il est difficile d'évaluer quantitativement l'exposition d'un fumeur passif à la fumée présente dans le milieu. Cette exposition varie selon le genre et le nombre de cigarettes ou d'autres produits du tabac consommés, le nombre de fumeurs présents, la fréquence et la nature de la consommation, le volume de la pièce, le taux de renouvellement d'air et le pourcentage d'air de compensation fourni.

Dans certaines études, on a tenté de comparer les niveaux d'exposition des fumeurs passifs et des fumeurs actifs. Par exemple, on croit qu'une personne exposée à de la fumée de tabac dans l'environnement inhale, en une heure ou deux, la même quantité de monoxyde de carbone que si elle avait fumé une cigarette. De même, pour obtenir la même équivalence avec les particules respirables totales, l'exposition devrait durer 11 heures, sept heures pour l'acroléine, et 50 heures pour la nicotine et l'acide cyanhydrique. Ces évaluations dépendent considérablement du contaminant particulier choisi pour établir les comparaisons entre le tabagisme actif et le tabagisme passif.[4]

On peut évaluer l'exposition à la fumée de tabac présente dans le milieu en terme d'équivalent en cigarettes. Pour mesurer l'équivalent en cigarettes, on mesure les niveaux de nicotine et de cotinine dans l'urine ou les niveaux de carboxyhémoglobine dans le sang des sujets. Selon des chercheurs qui ont constaté des niveaux élevés de carboxyhémoglobine chez des fumeurs passifs, une exposition de huit heures à la fumée de tabac présente dans l'environnement correspond à la consommation d'environ cinq cigarettes.[6]

Les non-fumeurs absorbent de la nicotine et d'autres produits du tabac provenant de la fumée ambiante. Des chercheurs ont comparé les concentrations de nicotine dans l'urine et la salive de 82 travailleurs fumeurs et 56 travailleurs non fumeurs à la fin d'une matinée au travail. Ils ont découvert que la salive et l'urine de tous les non-fumeurs contenaient des quantités de nicotine comparables à celles trouvées chez les fumeurs légers, c'est-à-dire les fumeurs ayant fumé jusqu'à trois cigarettes durant la période de trois ou quatre heures précédant les analyses.[7]

La plus grande partie de la nicotine absorbée se métabolise rapidement, le principal métabolite étant la cotinine. Les concentrations de cotinine dans le sang et l'urine sont un indicateur plus efficace de l'exposition à la fumée de tabac que la nicotine, car la demi-vie de la cotinine dans le sang est plus

longue (environ 30 heures). La cotinine peut s'accumuler en concentrations plus élevées dans le sang et l'urine, ce qui rend son identification plus facile.[4] Des études ont démontré la présence de nicotine et de cotinine dans le sang, l'urine et la salive de non-fumeurs exposés de façon passive à la fumée de tabac.

La comparaison des résultats de diverses études de surveillance biologique sur les fumeurs actifs et passifs semble indiquer que l'exposition passive pendant une période de huit heures correspond à l'exposition d'un fumeur léger.[4]

3. SIGNES, SYMPTÔMES ET CONSÉQUENCES POSSIBLES DE L'EXPOSITION

Les effets nocifs associés à l'exposition à la fumée de tabac présente dans le milieu comprennent :

- les irritations
- les effets sur des personnes déjà malades
- les maladies cardiaques
- les maladies respiratoires chroniques
- le cancer des poumons
- les cancers autres que pulmonaires

Irritations

Bon nombre des substances qui composent la fumée de cigarette irritent considérablement les yeux, la gorge et les muqueuses. Une proportion élevée de non-fumeurs font état de symptômes d'irritation des yeux, de maux de tête, de malaises nasaux, de toux, de maux de gorge ou d'éternuements lorsqu'ils sont exposés à la fumée de cigarette.[8] Les irritations des yeux sont le principal symptôme causé par l'exposition passive à la fumée de cigarette.[1,2]

On a constaté que la fumée de tabac présente dans les bureaux nuit à l'efficacité de plus de la moitié des travailleurs non fumeurs. Certains de ces travailleurs ont signalé qu'ils étaient forcés de s'éloigner de leur poste de travail pour éviter de respirer de la fumée. D'autres ont fait état de difficultés à se concentrer à cause de la fumée des autres. Près de 25 pour cent des non-fumeurs ont manifesté des sentiments de frustration et d'hostilité à l'égard de fumeurs et de l'administration.[8]

Effets sur des personnes déjà malades

Des non-fumeurs souffrant de maladie cardiaque (angine de poitrine) exposés à de la fumée de tabac présente dans des salles aérées et non aérées, manifestent une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et du taux de carboxyhémoglobine dans leur sang.[9]

Il a été démontré que les symptômes allergiques peuvent être aggravés par l'exposition à la fumée de tabac ambiante.[10] En général, cette fumée irrite davantage les voies respiratoires d'une personne asthmatique et elle peut aggraver certains symptômes d'asthme, notamment la respiration sifflante.

Maladies cardiaques

Nous savons que le tabagisme actif est une cause de maladies cardiaques, mais seulement quelques études ont évalué le tabagisme passif comme facteur de risque de ces maladies. Une étude effectuée au Japon a démontré qu'une femme non fumeuse mariée à un fumeur risque, à un niveau faible, mais statistiquement significatif, de contracter une maladie cardiaque.[11] Bien que d'autres études aient démontré une fréquence accrue de maladies cardiaques chez des non-fumeurs exposés à de la fumée secondaire, aucune conclusion ferme ne peut être tirée des résultats.[1,2,12]

Effets chroniques sur la respiration

Pour étudier les effets du tabagisme passif, on a recours à des épreuves fonctionnelles respiratoires. Dans une étude, les chercheurs ont évalué les effets d'une exposition à long terme au travail (plus de 20 ans) à la fumée de tabac sur les fonctions pulmonaires de travailleurs non fumeurs d'âge moyen et en bonne santé (professionnels, gestionnaires, techniciens et cols bleus).[13] Les résultats ont démontré une baisse du débit respiratoire et des lésions possibles aux petites voies aériennes. Comparés aux travailleurs qui ne sont pas exposés à la maison ou au travail, les fumeurs passifs des deux sexes présentent une baisse du débit respiratoire. Ces valeurs ne diffèrent pas de façon significative de celles mesurées chez des fumeurs qui n'inhalent pas la fumée ou des fumeurs légers. Les auteurs de cette étude ont conclu que l'exposition chronique à la fumée de cigarette au travail peut réduire autant la capacité des petites voies aériennes que la consommation d'une à 10 cigarettes par jour.

Les femmes qui vivent avec de gros fumeurs semblent manifester la même diminution du débit respiratoire que les fumeurs légers et après 15 années d'exposition à la maison, elles peuvent souffrir d'une réduction permanente des fonctions respiratoires.[14] Les répercussions sur la fonction respiratoire ne se manifestent qu'après une certaine durée d'exposition à la fumée de tabac présente dans le milieu.[4]

Il semble que l'exposition passive à la fumée, à la maison et au travail, peut entraîner une réduction des fonctions respiratoires. Il faudra toutefois effectuer d'autres études pour corroborer ces résultats.

Cancer des poumons

On sait que le tabagisme actif cause d'autres types de cancer que celui des poumons, notamment le cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'oesophage, du pancréas et des voies urinaires.[2] On n'a pas encore établi un seuil d'exposition à la fumée de tabac à partir duquel le cancer apparaît et, par conséquent, nous ne pouvons affirmer que la fumée de tabac présente dans l'environnement est source de cancer.

Il a été démontré par un test de laboratoire sur des bactéries (le test d'Ames) que l'exposition des êtres humains à la fumée ambiante fait augmenter l'excrétion dans l'urine de substances chimiques qui peuvent s'attaquer au matériel génétique (mutagènes).[4,12] Nous savons que les lésions du matériel génétique sont une étape vers le cancer.

Depuis 1980, on a publié 18 études épidémiologiques sur la relation possible entre le cancer des poumons et l'exposition involontaire à la fumée. Dans ces études, on a classé les sujets non fumeurs en fonction de leur partenaire fumeur ou non fumeur. On trouvera dans les paragraphes qui suivent les principales observations tirées de 13 de ces études.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que l'exposition à la fumée de tabac ambiante augmente la fréquence du cancer pulmonaire chez les non-fumeurs. Selon les études effectuées en Europe, en Asie et en Amérique du Nord, le risque de souffrir d'un cancer pulmonaire pour les épouses non fumeuses de fumeurs est de 1,34 fois plus élevé que pour les épouses non fumeuses de non-fumeurs. Pour toutes les femmes, le risque est de 1,32 fois plus élevé, tandis que pour les hommes, il est de 1,62.[1]

Dans des études comparatives, on a utilisé comme sujets des adventistes du septième jour qui ne fument pas, par principe religieux. Selon ces études, il y a aux États-Unis près de 4 700 décès par année dus au cancer des poumons que l'on peut attribuer au tabagisme passif. Il s'agit là d'environ 5 pour cent du nombre total de décès dus au cancer des poumons par année et d'environ 30 pour cent du nombre de décès dus au cancer des poumons chez les fumeurs en 1982.[15] Au Canada, on peut évaluer à 470 le nombre annuel de décès dus au cancer des poumons attribuable à la fumée de tabac présente dans le milieu.

Aucune étude ne définit de façon concluante l'étendue du risque de l'exposition à la fumée ambiante, mais toutes les études établissent un lien entre le cancer des poumons et le tabagisme passif.[1,2,15] Ce rapport est plausible étant donné le lien démontré entre le cancer du poumon et le tabagisme passif, la présence connue de plusieurs cancérogènes dans la fumée de tabac présente dans le milieu et le principe généralement admis que le risque de cancer pulmonaire est directement lié à la quantité de fumée de tabac inhalée.[1,4]

Cancers autres que pulmonaires

Quelques études effectuées récemment laissent supposer que l'exposition à la fumée secondaire peut accroître le risque de cancer dans des régions de l'organisme autres que les poumons. On a établi un rapport entre le tabagisme passif et des cancers attribuables à l'usage du tabac comme le cancer du col de l'utérus et des fosses nasales[13] et les cancers non liés à l'usage du tabac comme le cancer du cerveau, le cancer du sein, le cancer des glandes endocrines, la leucémie et le lymphome.[1] Cependant, les résultats de ces études présentent des contradictions et la preuve qu'il existe un risque accru de cancers autres que pulmonaires est très limitée.[1,2,12]

4. SOLUTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Normes et conditions de ventilation pour la fumée de tabac

Certaines personnes proposent d'augmenter la ventilation pour limiter les concentrations de contaminants provenant de la fumée de tabac en milieu de travail. La qualité de l'air dans un immeuble dépend de la conception et du fonctionnement des systèmes de contrôle environnemental. Ces systèmes sont conçus pour favoriser au maximum le confort des travailleurs. Cependant, les coûts et les mesures d'économie d'énergie peuvent compromettre l'objectif de confort maximal. Les systèmes de contrôle fonctionnent généralement conformément aux codes et aux normes élaborés pour protéger la santé et le bien-être des occupants. L'une de ces séries de normes a été établie par l'American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE).

Les taux minimaux de renouvellement d'air sont généralement établis pour limiter la concentration de gaz carbonique. Les taux de renouvellement d'air dans les endroits où l'usage du tabac est permis peuvent être calculés en fonction de différents facteurs : l'odeur perçue par les visiteurs, la sensation d'irritation éprouvée par les non-fumeurs, l'atmosphère enfumée ou les concentrations des contaminants contenus dans la fumée. Il est très difficile d'éliminer l'odeur de la fumée de tabac par des mesures d'aération sans assurer un taux de renouvellement d'air élevé. De plus, les systèmes de filtration courants dans les immeubles n'éliminent pas le monoxyde de carbone ni les autres gaz présents dans la fumée de tabac.

La norme 62-1981R de l'ASHRAE recommande un taux minimal de renouvellement d'air de 17,5 L/s (litres par seconde) ou 15 pi^3/min (pieds cubes par minute) d'air frais par personne. (Ces valeurs correspondent à un niveau de 1 000 ppm de CO_2.)[16]

Le taux de renouvellement d'air recommandé dans les bureaux est de 10 L/s ou 25 pi^3/min et, dans les aires où l'usage du tabac est élevé, de 17,5 L/s ou 35 pi^3/min. Cependant, dans les espaces occupés par un nombre raisonnablement élevé de fumeurs et de non-fumeurs, où près de 10 pour cent des occupants fumeront à un moment ou à un autre, le taux de renouvellement d'air par personne devrait être de 17,5 à 26,5 L/s (35 à 53 pi^3/min) pour réduire l'odeur à un niveau acceptable.[17]

Les valeurs préconisées par l'ASHRAE semblent satisfaire aux normes de la qualité de l'air ambiant pour ce qui est du monoxyde de carbone, mais non pour les matières particulaires totales en suspension.[18]

De nombreux chercheurs ont conclu que toute tentative de limiter la fumée par la ventilation est futile, car ces mesures exigent un renouvellement d'air beaucoup trop élevé pour être économique et vont dans le sens contraire de la tendance actuelle des économies de l'énergie dans les immeubles.[19] Bien que l'on reconnaisse de plus en plus que certaines modifications des systèmes d'aération en milieu de travail puissent contribuer à réduire la pollution

causée par la fumée de tabac, l'efficacité de cette méthode est limitée. On estime que l'application de politiques et de programmes à l'intention des fumeurs est une façon beaucoup plus pratique de contrôler, à la source, la contamination par la fumée de tabac.

Politiques et programmes

Les politiques et les programmes sur l'usage du tabac en milieu de travail s'imposent puisque les attitudes face au tabagisme ont changé et qu'il existe de plus en plus de preuves que le tabagisme passif est nocif pour les non-fumeurs. Un certain nombre de personnes aux États-Unis et au Canada ont poursuivi en justice des organismes et des compagnies qui ont refusé d'assurer un environnement de travail sans fumée.[20] Aux États-Unis, certains non-fumeurs ont eu gain de cause.[21] Au Canada, des employés de bureau ont déposé des griefs contre leurs employeurs, protestant contre la fumée dans leur bureau. Ces employés ont exigé et obtenu un lieu de travail sans fumée. Cependant, d'autres employés ont invoqué, sans succès, les dispositions des lois canadiennes sur la santé et la sécurité au travail pour se protéger contre la fumée de tabac présente dans le milieu.

Le tabagisme sur les lieux de travail entraîne de plus grandes dépenses pour les employeurs. Il a été établi que chaque travailleur fumeur coûte en moyenne à l'employeur plus de 4 600 $ par année. Le tabagisme au travail fait augmenter l'absentéisme, les dommages aux biens matériels et les coûts en assurance santé et en assurance incendie. De plus, il diminue le moral et la productivité de certains employés non fumeurs.[21,22]

Ces facteurs ont incité un grand nombre d'employeurs à adopter des mesures concernant l'usage du tabac sur les lieux de travail. Certains ont adopté des règlements qui limitent l'usage du tabac ou qui réservent certains genres d'emplois aux employés non fumeurs. D'autres offrent des programmes visant à encourager et à aider leurs employés fumeurs à renoncer au tabac.[21]

Règlements contre l'usage du tabac

Les règlements contre l'usage du tabac varient de mesures mineures, comme la division des aires de travail communes en sections pour fumeurs et non-fumeurs, aux mesures plus rigoureuses qui interdisent totalement le tabagisme.[23]

Lorsqu'il y a interdiction totale, le tabagisme est prohibé dans tous les locaux de l'organisme ou de la compagnie. On peut assouplir cette mesure en réservant aux fumeurs un salon indépendant et bien aéré. Cette mesure procure aux fumeurs un endroit pour fumer et garantit aux non-fumeurs un environnement sans fumée, mais elle peut entraîner des dépenses supplémentaires : l'air du salon doit être expulsé directement à l'extérieur et, dans certains cas, les fumeurs quitteront leur bureau ou leur poste de travail pour se rendre au salon des fumeurs à d'autres périodes que durant leurs pauses, entraînant ainsi une diminution de la productivité.

D'autres entreprises imposent des règlements en vertu desquels la consommation de tabac est interdite dans certaines parties de l'immeuble, notamment à tous les postes de travail et les zones communes comme les halls d'entrée, les corridors et les ascenseurs, et permise dans certains endroits désignés à cette fin (bureaux privés ou bureaux partagés), s'il y a consentement mutuel.

Certaines entreprises ont tenté de régler les problèmes en séparant les fumeurs des non-fumeurs. Cette politique nécessite l'installation de postes de travail, de bureaux, de salles à manger et de salons séparés pour les fumeurs et les non-fumeurs. Bien que conçue pour satisfaire à la fois les fumeurs et les non-fumeurs, cette méthode n'est pas entièrement efficace. Ainsi, il est presque impossible d'éliminer la fumée de tabac par le système d'aération ou d'autres moyens comme des filtres électrostatiques. Par conséquent, certains composants de la fumée de tabac continuent de pénétrer dans les zones de travail des non-fumeurs qui sont ainsi exposés à la fumée de tabac. De plus, ni les fumeurs ni les non-fumeurs ne sont satisfaits de cet arrangement. Les non-fumeurs continuent de se plaindre des émanations de fumée de tabac et les fumeurs n'aiment pas être tenus à l'écart de leurs collègues.

Pour que les mesures antitabagisme en milieu de travail soient efficaces, il faut que les stratégies utilisées bénéficient de l'appui total de l'employeur ou de la haute direction, ainsi que de la majorité des employés.

Programmes de renoncement au tabac

Pour aider les employés fumeurs qui désirent arrêter de fumer, bon nombre d'entreprises parrainent ou subventionnent des programmes de renoncement au tabac. Certaines offrent des encouragements monétaires pour aider les employés à renoncer au tabac. Dans certains cas, on prévoit des programmes de promotion de la santé, y compris des conseils sur la condition physique et l'alimentation, des classes d'exercice et des activités sportives organisées.[21,23]

Mesures légales

En ce moment, il existe peu de lois qui protègent le non-fumeur contre la fumée de tabac présente dans l'environnement, mais les pressions publiques donnent des résultats. Récemment, le gouvernement fédéral a adopté des règlements qui interdisent l'usage du tabac dans ses locaux et dans les services de transports publics de juridiction fédérale. Certains gouvernements provinciaux songent à adopter des lois qui permettraient aux municipalités d'interdire l'usage du tabac dans les lieux de travail qui relèvent de leur juridiction. En 1988, l'Ontario a présenté un projet de loi visant à interdire l'usage du tabac dans toutes les aires du lieu de travail, sauf dans les sections réservées aux fumeurs, les endroits publics et les lieux utilisés comme logement et résidence privée. Certaines municipalités, notamment Toronto et Vancouver, ont adopté des règlements interdisant l'usage du tabac en milieu de travail.

CCOHS-CCHST

Application des politiques et des programmes

Comment devrait-on introduire une politique sur le tabagisme? Idéalement, les employés devraient participer à la planification. On devrait prévoir des discussions sur la nature des politiques qui pourraient s'avérer efficaces et sur la façon de les appliquer. En règle générale, une politique ferme doit obtenir l'appui de tous les groupes concernés. Il est donc important de prévoir des discussions entre la direction et les employés et d'assurer la participation des deux groupes.

On peut orchestrer en étapes précises la transition vers un milieu de travail sans fumée.[23] Les employés sont tenus au courant de la réalisation de chaque étape et on encourage leur participation.

Lorsqu'un organisme décide de garantir un milieu de travail sans fumée, il doit se préparer à faire exécuter sa politique de façon inconditionnelle. Par exemple, le fait de permettre aux superviseurs de fumer parce qu'ils travaillent dans des bureaux fermés ne fait que susciter le ressentiment chez les travailleurs qui n'ont pas le droit de fumer dans des aires ouvertes.

L'opinion selon laquelle les employeurs ont le droit légal d'interdire le tabagisme dans les locaux de leur entreprise semble être de plus en plus acceptée par les professionnels du droit et les tribunaux. À bien des égards, la fumée de tabac est comme n'importe quel autre polluant de l'air dans les lieux de travail. On peut la réduire ou l'éliminer par des mesures de contrôle à la source de l'émission et par des politiques et des méthodes visant à protéger la sécurité de tous les employés.

Afin de garantir le succès d'un programme ou d'une politique sur le tabagisme, il faut s'assurer, par des discussions, de l'appui de la majorité du personnel et de la direction.

CCOHS-CCHST

RÉFÉRENCES

1. National Research Council. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington, D.C.: National Academy Press, 1986.

2. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 1986.

3. Collishaw, N.E. et al. Tobacco smoke in the workplace: an occupational health hazard. Journal de l'Association médicale canadienne. Vol. 131, n° 10 (1984) p. 1199-1204.

4. House, R. The health effects of involuntary exposure to tobacco smoke. Toronto, Ontario: Ontario Ministry of Labour, 1985.

5. Stock, S.L. Risks the passive smoker runs. The Lancet. Vol. 2, no. 8203 (1980) p. 1082.

6. Seppänen, A. Smoking in closed spaces and its effect on carboxyhemoglobin saturation in smoking and nonsmoking subjects. Annals of Clinical Research. Vol. 9 (1977) p. 281-283.

7. Feyerabend, C. et al. Nicotine concentrations in urine and saliva of non-smokers. British Medical Journal. Vol. 284 (Apr. 3, 1982) p. 1002-1004.

8. Barad, C.B. Smoking on the job: the controversy heats up. Occupational Health and Safety. Vol. 48, no. 1 (1979) p. 21-24.

9. Aronow, W.S. Effects of passive smoking on angina pectoris. New England Journal of Medicine. Vol. 299, no. 1 (1978) p. 21-24.

10. Shephard, R.J. The risks of passive smoking. London, U.K.: Croom Helm, 1982.

11. Hirayama, T. Passive smoking and lung cancer, nasal sinus cancer, brain tumour and ischemic heart disease. In: Proceedings of the fifth world conference on smoking and health: Winnipeg, Manitoba, 1983. Vol. 1. Ottawa: Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, 1983. p. 137-141.

12. Samet, J.M. et al. Health effects and sources of indoor air pollution. Part 1. American Review of Respiratory Diseases. Vol. 136, no. 6 (1987) p. 1486-1508.

13. White, J.R. et al. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. New England Journal of Medicine. Vol. 302, no. 13 (1980) p. 720-723.

14. Kauffmann, F. et al. Adult passive smoking in the home environment: a risk factor for chronic airflow limitation. American Journal of Epidemiology. Vol. 117, no. 3 (1983) p. 269-280.

15. Repace, J.L. et al. A quantitative estimate of nonsmokers' lung cancer risk from passive smoking. Environmental International. Vol. 11 (1985) p. 3-22.

16. A proposed American national standard: ventilation for acceptable indoor air quality: public review draft. Atlanta, Ga.: American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, 1986.

17. Cain, W.S. et al. Ventilation requirements in buildings: I, Control of occupancy odor and tobacco smoke odor. Atmospheric Environment. Vol. 17, no. 6 (1983) p. 1183-1197.

18. Leaderer, B.P. et al. Ventilation requirements in buildings: II, Particulate matter and carbon monoxide from cigarette smoking. Atmospheric Environment. Vol. 18, no. 1 (1984) p. 99-106.

19. Repace, J.L. The problem of passive smoking. Bulletin of the New York Academy of Medicine. Vol. 57, no. 10 (1981) p. 936-946.

20. The rights of nonsmokers in the workplace. Labour Law News. Vol. 10, no. 1 (1984) p. 1-5.

21. Kiefhaber, A. et al. Smoking: a challenge to worksite health management. In: National conference on smoking or health: developing a blueprint for action: proceedings. New York: American Cancer Society, 1987.

22. Weis, W.L. Can you afford to hire smokers? Personnel Administrator. Vol. 26, no. 5 (1981) p. 71-78.

23. Weis, W.L. No smoking. Personnel Journal. Vol. 63, no. 9 (1984) p. 53-58.

CCOHS-CCHST